

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N^o **245**

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1935

PAR

Bernard ADAM DE BEAUMAIS

Né à AURAY (Morbihan) le 15 Mars 1909

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Pemphigus Épidémique du Nouveau-Né

(PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT)

Travail du Service de la Maternité et du Laboratoire
de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

IMPRIMERIES VIEILLEMARD

16, RUE DE LA GLACIÈRE, 16

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1935

PAR

Bernard ADAM DE BEAUMAIS

Né à AURAY (Morbihan) le 15 Mars 1909

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Pemphigus Épidémique du Nouveau-Né

(PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT)

Travail du Service de la Maternité et du Laboratoire
de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS
IMPRIMERIES VIEILLEMARD
16, RUE DE LA GLACIÈRE, 16

1935



I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIÈRE.
Physiologie.	Léon BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	N...
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose.	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (Étienne). Pathologie médicale.
 BOULIN. . . . Pathologie médicale.
 BULLIARD. . . Histologie.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 DOGNON. . . . Physique.
 FEY. Urologie.
 GALLIARD . . Parasitologie.
 GASTINEL . . Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 GAYET. Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . . Pathologie médicale.
 HALPHEN . . . Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD. . . . Pharmacologie.
 HUGUENIN . . Anatomie pathologique.
 JOANNON . . . Hygiène.
 LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LACOMME. . . . Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE . . . Pathologie expérimentale.
 LEVEUF. . . . Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY. . . Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI Neurologie-Psychiatrie.
 MOREAU. . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN . . . Pathologie médicale.
 OBERLING. . . Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ. . . . Chimie biologique.
 SÈNÈQUE . . . Pathologie chirurgicale.
 TROISIER. . . Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH. . . Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE . . . Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET . . . Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . . Physiologie.

MM.

LEROUX. . . Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE . . Parasitologie.
 ZIMMERN . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS de COURS de CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT	
BRULÉ.		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY		MOURE.	
DONZELOT.		QUENU.	
DUVOIR		SCHWARTZ.	
HARVIER		VELTER	Clinique obstétricale.
LIAN.		ECALLE	
PASTEUR-VALLERY-RADOT		GUÉNIOT.	
SÉZARY		LE LORIER.	
		LÉVY-SOLAL.	
		METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
FREY.	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

le Docteur L. ADAM DE BEAUMAIS

qui fut pour moi l'exemple du Devoir et
du Dévouement.

A MA FEMME

A MA FAMILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

*Professeur de Clinique Obstétricale à la
Faculté de Médecine de Paris*

qui nous fait l'honneur de bien vouloir
accepter la présidence de cette thèse. Nous
le prions d'agréer l'expression de notre
respectueuse gratitude.

AU DOCTEUR COURTOIS

Accoucheur de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

A MONSIEUR R. LECOQ

Docteur en Pharmacie

Docteur ès sciences naturelles

Chef de Laboratoire de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

qui nous ont inspiré ce travail et nous ont
guidé de leurs précieux conseils. Qu'ils
trouvent ici ce faible témoignage de notre
vive reconnaissance.

A MES MAÎTRES DE L'HÔPITAL DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE

MONSIEUR LE DOCTEUR BONNEMAISON

qui nous a toujours montré sa grande bienveillance et prodigué ses précieux enseignements. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

MONSIEUR LE DOCTEUR COURTOIS

Accoucheur de la Maternité de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

MONSIEUR LE DOCTEUR JARRY

Electro-Radiologiste de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

MESSIEURS LES DOCTEURS LAMY ET TIMSIT

Médecins de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

AU DOCTEUR BAILLEUL

Chirurgien de l'Hôpital Bon-Secours (de Paris)

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE NANTES

MONSIEUR LE PROFESSEUR MIRAILLÉ, *in memoriam*
Ancien Directeur de l'Ecole de Médecine de Nantes

MONSIEUR LE DOCTEUR FAVREUL
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR CADENAT

MONSIEUR LE DOCTEUR HALBRON

MONSIEUR LE DOCTEUR DUFOUR

MONSIEUR LE DOCTEUR DARRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LEVANT

MONSIEUR LE PROFESSEUR LHOUST, *in memoriam*

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION.

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. LARGET

Membre correspondant de la Société Nationale de Chirurgie

Chirurgien de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

Chevalier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

Il n'est pas rare d'observer dans les maternités et dans les crèches, de véritables épidémies d'une affection cutanée le plus souvent bénigne : le pemphigus des nouveau-nés et des nourrissons.

Cette maladie bulleuse, trop fréquemment méconnue, apparaît le plus souvent en série dans les services d'accouchement ou dans les garderies hospitalières de nourrissons, spécialement chez les enfants soignés par une même infirmière ; on peut également le retrouver en ville, répandu dans la clientèle d'une même sage-femme, par exemple. On observe aussi des épidémies familiales. La maladie peut exceptionnellement s'étendre de l'enfant à la mère ou à la nourrice, ou encore à une infirmière ou un étudiant du service. Ceci montre que le pemphigus se développe parfois aussi chez les adultes, mais il faut reconnaître qu'on ne le rencontre alors qu'exceptionnellement.

Une épidémie de pemphigus éclatant à l'Hospice des Enfants Assistés, a permis au Professeur MARFAN de consacrer une excellente étude clinique à cette question où bien des points restent encore sujet à discussions et controverses (1).

L'extrême fréquence du pemphigus, en 1930, dans les salles de la Maternité de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye, se trouve d'autre part mentionnée par J. COURTOIS et R. LECOQ, au cours des travaux consacrés par ces deux auteurs à la prophylaxie de cette maladie envahissante, et qui n'est pas toujours dépourvue de dangers (2).

D'heureuses circonstances nous ont précisément conduit dans le service, alors que ces travaux se poursuivaient. Nous sommes infiniment reconnaissants à MM. J. COURTOIS et R. LECOQ de nous avoir réservé à cette époque le meilleur accueil et aussi de nous avoir associé à leurs recherches. Nous croyons y avoir glané quelques

(1) A.-B. MARFAN. Cliniques des Maladies de la Première Enfance (2^e série). Paris, 1928, page 430.

(2) J. COURTOIS et R. LECOQ. Revue de Pathologie Comparée et Hygiène Générale, 1934, 34, page 1602.

notions nouvelles et aussi quelques précisions utiles sur les points les plus discutés. C'est pour cette raison que nous avons choisi la question de pemphigus quoique sachant que de plus qualifiés que nous l'avaient déjà, et très heureusement, abordé.

Le plan que nous avons adopté pour cet exposé, est brièvement exposé ci-après :

Chapitre I^{er}. — Définition et Historique.

Chapitre II. — Etude Clinique. Pathogénie.

- a) Formes bénignes de pemphigus épidémique ;
- b) Formes graves ;
- c) Maladie de Ritter ;
- d) Maladie de Leiner-Moussous ;
- e) Pemphigus congénital.

Chapitre III. — Diagnostic différentiel.

Chapitre IV. — Etude bactériologique. Etiologie.

Chapitre V. — a) Traitement Prophylactique ;

b) Traitement curatif.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION ET HISTORIQUE

L'expression « Pemphigus » appartient depuis des siècles au langage médical ; elle est, en effet, dérivée d'un mot grec : *πεμφις*, qui signifie « bulle ». Les Anciens : Hippocrate, Ætius, l'employaient pour désigner un soulèvement épidermique, de volume variable.

La définition qu'en donne MARFAN est particulièrement précise (1). « D'une manière générale, en dermatologie, on réserve, écrit-il, le nom de « Pemphigus » aux affections cutanées dont le symptôme capital ou prédominant est une bulle, c'est-à-dire un soulèvement circonscrit de l'épiderme au-dessous duquel se collecte un liquide généralement séreux et limpide, au moins au début. Pour qu'une affection bulleuse puisse être qualifiée de Pemphigus, *il faut que les bulles soient primitives et spontanées* ; primitives, cela veut dire qu'on exclut du pemphigus toutes les dermatoses qui se compliquent secondairement de bulles, telle l'urticaire bulleuse ; spontanées, cela exclut les causes externes, comme les brûlures. »

Même ainsi défini, le groupe Pemphigus comprend des affections diverses. Parmi elles, il y en a une qui se distingue, parce qu'elle s'observe surtout chez des nouveau-nés et des nourrissons, et parce qu'elle est contagieuse et épidémique. C'est uniquement de cette dernière forme que nous nous occuperons.

Quoique des descriptions d'affections à caractère bulleux aient été faites au XVIII^e siècle, il semble que la maladie que nous étudions n'ait été décrite avec quelque certitude qu'en 1835, par RIGBY.

Elle fut ensuite, au cours du XIX^e siècle, maintes fois observée, spécialement par WICHMANN, BILLARD et RANVIER, HERVIEUX et HOMOLLE.

(1) A.-B. MARFAN, loc. cit. page 431.

HEBRA, très justement d'ailleurs, faisait la distinction entre une forme vulgaire à guérison constante et une forme foliacée, dont les conséquences sont fréquemment mortelles (1).

D'autre part, VIDAL a montré, dès 1874, que le pemphigus épidémique est auto-inoculable, comme il est inoculable à l'animal, au singe en particulier.

Depuis, le pemphigus a fait l'objet de nombreuses recherches bactériologiques ou d'études ; nous citerons spécialement celles de BRAR, de BRINDEAU, de MARFAN, de LEREBoulLET, de METZGER, de BLECHMANN, de CLEISZ, de RHENTER, de COURTOIS et LECOQ, auxquelles nous aurons l'occasion de faire, dans l'exposé de ce travail, de fréquents emprunts.

(1) Mine VINCENT-KANEL, Thèse, Paris, 1928.

CHAPITRE II

ÉTUDE CLINIQUE

Pathogénie.

Le pemphigus épidémique peut, comme nous l'avons déjà signalé, atteindre des enfants déjà âgés ou des adultes ; mais il est plus répandu chez les nouveau-nés et les nourrissons. C'est une affection des premiers mois de la vie, et, le plus souvent, des premiers jours.

La maladie frappe sans distinction les enfants forts comme les débiles, plus peut-être les beaux nourrissons que les malingres. Les enfants d'Européens vivant dans les régions tropicales, et les enfants slaves, tchécoslovaques, polonais, vivant dans nos régions, semblent plus particulièrement prédisposés.

Le pemphigus apparaît au plus tôt le deuxième jour après la naissance, plus habituellement du quatrième au sixième jour ; il est exceptionnel au delà d'un an. Il débute par une bulle unique (bulle prodromique de PASINI), de la grosseur d'un pois, d'une noisette ou même d'une noix, et qui se rompt en quelques heures. Le liquide est incolore ou citrin, puis se trouble un peu et devient quelquefois purulent, mais très rarement sanguinolent (Pemphigus hémorragique). L'apparition de la bulle initiale est parfois précédée de fièvre légère et de troubles gastro-intestinaux, tels que diarrhée et vomissements.

De nouvelles bulles suivent la première, et l'affection dure au moins une dizaine de jours. Ces bulles peuvent se développer sur toute la surface du corps, mais on les trouve le plus souvent localisées aux plis articulaires, au ventre, au thorax, à la racine des membres, au cou et à la face, rarement aux plantes des pieds et aux paumes des mains.

On tend à admettre, avec RHENTER, deux formes cliniques de pemphigus épidémique (1) ; l'une bénigne (le pemphigus simplex conta-

(1) J. RHENTER. « La Pratique de l'art des accouchements », publiée sous la direction de A. BRINDEAU. Paris, 1928, 5, page 449.

giosus) retentit faiblement sur l'état général et aboutit en définitive à la guérison complète ; l'autre, maligne, conduit à une altération profonde de l'état général. Les bulles font place alors à de véritables pustules reposant sur une zone rouge souvent desquamative. Si la guérison reste possible, la mort peut aussi être l'aboutissant de ces formes graves. Nous serons amené à les confronter avec les maladies de RITTER et de LEINER-MOUSSOUS, dont l'identification reste discutée.

Nous parlerons ensuite du pemphigus congénital dont l'existence est niée par un grand nombre d'auteurs.

A. — FORMES BENIGNES DE PEMPHIGUS EPIDÉMIQUE

Quelques jours après la naissance, note BLECHMANN (1), on voit apparaître, le plus souvent au niveau de la région sous-ombilicale, au voisinage du pubis, des bulles d'abord tendues, puis demi-pleines, arrondies ou allongées.

L'épiderme est soulevé en dôme, tout d'abord, puis il se plisse très vite et s'affaisse ; parfois encore, il se déchire avant de s'affaisser.

La sérosité est exceptionnellement rouge, hémorragique, chez les enfants cachectiques.

Affaissée ou déchirée, la bulle se dessèche vers le quatrième jour ; à sa place, on voit un cercle rose où la peau, tantôt sèche, tantôt un peu humide, est recouverte d'un épiderme plus ou moins plissé, entouré d'un petit liseré rouge. Vers le septième jour, il ne reste qu'une petite tache rose pâle qui persiste encore quelques jours.

En tout, l'évolution dure environ une semaine. Il est très rare que la bulle séchée se couvre d'une croûte ; il semble que celle-ci ne se produise *que s'il y a eu infection secondaire* (MARFAN).

L'éruption est en général discrète et peut être localisée à une seule région : pubienne, thoracique, fessière, dorsale. Il arrive également que la face et le cuir chevelu soient le siège de l'éruption qui prend alors un caractère « impétigineux ».

Le plus souvent, l'éruption se limitera à quelques bulles, une vingtaine au maximum. L'état général reste excellent et la courbe de poids demeure ascendante. Mais il est des cas où l'affection évolue par poussées successives et parfois subintrantes. Il peut également se produire de véritables complications locales sous forme d'abcès

(1) BLECHMANN. « L'Hôpital », 1932, 20, page 247.

sous-cutanés multiples, dont la répétition et la relative multiplicité, remarque CLEISZ, peuvent augmenter singulièrement la durée d'évolution de la maladie (1).

B. — FORMES GRAVES DE PEMPHIGUS ÉPIDÉMIQUE

Il existe, à côté des précédentes, de véritables formes graves de pemphigus épidémique. L'éruption y est plus accusée, les bulles plus nombreuses possèdent un caractère extensif, même après leur rupture ; elles s'étendent excentriquement par décollement épidermique et peuvent, en confluant, envahir de vastes surfaces, si bien que l'enfant peut apparaître comme « échaudé ».

La fièvre s'installe, la diarrhée apparaît, l'état général s'altère. La maladie initiale se complique fréquemment alors de bronchopneumonie, de néphrite, de collections purulentes (panaris, anthrax). Il semble s'agir ici de véritables *septicémies* susceptibles d'entraîner la mort.

Certains auteurs auraient observé dans ces formes plus de 50 % de décès. Il est vraisemblable que, dans ces statistiques, des maladies infectieuses très différentes ont pu être réunies au véritable Pemphigus Malin. Pour notre part, nous n'avons observé pendant notre stage au service de la Maternité de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye, qu'un seul cas mortel.

Chez les débiles, les prématurés, les hypotrophiques, on ne rencontre pratiquement pas cette forme.

Notons qu'elle est d'une contagiosité extrême pour les enfants qui sont au contact des sujets atteints, même pour les enfants âgés de cinq à six ans, et plus encore, semble-t-il, pour les mères qui contractent alors soit des abcès du sein, soit des abcès de la paroi chez les césariennes, soit du pemphigus aigu généralisé.

C. — MALADIE DE RITTER

Il convient de rapprocher de ces formes graves de pemphigus épidémique, la maladie décrite par RITTER et connue sous le nom de « Dermatite exfoliatrice du nouveau-né ». Cette dermatite a été plus spécialement observée dans les pays de l'Europe Centrale, spé-

(1) L. CLEISZ. Archives Hospitalières, 1934, page 54.

cialement chez les enfants slaves dont nous dénoncions plus haut la grande susceptibilité vis-à-vis du pemphigus.

La maladie frappe surtout les nourrissons eutrophiques. Son début se fait, dans la généralité des cas, deux à cinq jours après la naissance, mais peut être retardée, selon FINKELSTEIN, jusque vers la cinquième semaine.

La maladie de RITTER débute alors que rien ne paraît la faire prévoir, quoique certains auteurs aient pu noter des périodes de troubles digestifs précédant son apparition. Elle évolue en trois phases : érythème, formations bulleuses, exfoliation de l'épiderme.

C'est habituellement autour de la bouche ou sur la face qu'apparaît une éruption bulleuse, rapidement exfoliatrice. Ce processus cutané gagne bientôt toute la surface de la peau qui est dénudée sur de grandes portions. Des zones de peau saine alternent avec de larges placards irréguliers, roses, suintants. « Si l'on prend entre ses doigts la peau des zones saines encore, écrit SCHACHTER (1), et si l'on exerce sur elle une pression suffisante ou si l'on essaie de la tirer, on remarque alors un phénomène caractéristique de cette maladie, c'est le signe de Nikolsky : l'épidermolyse. Ce phénomène consiste dans le fait que par pression ou tiraillement exercé sur la peau saine, on peut détacher en quelque sorte l'épiderme du derme sous-jacent ; la peau se plisse, se rompt pour mettre en évidence le derme qui devient humide dans la suite. »

Généralement, la maladie a une évolution rapide, réalisant une exfoliation quasi totale en peu de jours : un à trois jours en moyenne. Dans ces cas, la température, de normale qu'elle était, devient haute, 40° même, et l'état général s'aggrave sérieusement. La mort enlève vite la majorité de ces malheureux sujets. Dans les cas moins graves, d'évolution subfébrile ou apyrétique, avec une bonne alimentation du malade, les possibilités de guérison sont plus grandes. C'est dans cette catégorie qu'entre le cas relaté par LEREBoullet et BRIZARD, à la Société de Pédiatrie en 1931.

Malheureusement, ces cas qui finissent par la guérison sont plutôt exceptionnels, car presque tous les petits malades meurent par suite de l'intoxication causée par la suppression des échanges par la peau, et aussi par suite des infections staphylococciques et streptococciques secondaires ; celles-ci ne rencontrant qu'un organisme incapable d'opposer une résistance suffisante à ces infections.

La mortalité dans la maladie de RITTER est très grande ; on l'estime à 50 ou même 65 % des cas observés (FINKELSTEIN). La cause

(1) SCHACHTER. Science médicale pratique, 1933, page 454.

de la maladie de RITTER reste obscure pour de nombreux auteurs ; cependant RITTER lui-même considère comme possible qu'il s'agisse d'un *pemphigus foliacé* (variété de *pemphigus grave*).

Le fait que nous en ayons rencontré trois cas dans le service de la Maternité de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye, en même temps que l'épidémie de pemphigus se développait, nous semble en faveur de cette hypothèse. Ces trois cas ont entraîné la mort des enfants.

Voici d'ailleurs l'observation de l'un d'eux, présentée par COURTOIS et LONGUET à la Société Médico-Chirurgicale de Saint-Germain-en-Laye, à la séance de Novembre 1932 :

OBSERVATION

(Prise dans le service du Docteur COURTOIS)

Il s'agit d'un enfant polonais, né le 7 Août dernier. L'accouchement s'est terminé par une application de forceps en O.I.G.A. pour lenteur d'expulsion. L'enfant pesait à la naissance 3 kg. 520, et semblait absolument normal. Le lendemain on note une importante chute du poids, lequel tombe à 3 kg. 150. Les jours suivants, l'enfant présente des troubles digestifs, avec diarrhée, quelques vomissements rendant l'alimentation difficile. Nourri au sein, il vomit ses tétées ; la chute du poids s'accroît, l'enfant ne pèse plus alors que 2 kg. 920. On remplace deux tétées par un biberon de 35 gr. de bouillon de légumes. Ce traitement fait disparaître les vomissements. Cependant, le quatrième jour, l'enfant perd encore 30 gr. et l'on constate au niveau du cou l'apparition de quelques bulles de pemphigus que l'on panse au liniment oléo-calcaire.

Le cinquième jour, les troubles digestifs disparaissent. On supprime alors le bouillon de légumes que l'on remplace par des tétées. Mais dès ce moment, la température s'élève à 39°, et on constate que les phlyctènes du cou, qui se sont percées, s'étendent considérablement. Autour d'elles la peau est rosée, légèrement inflammatoire.

Le 13 Septembre, l'extension des lésions est considérable. Le cou, la partie antérieure du thorax, les plis du coude, les mains, les aînes sont atteints.

On remarque de larges placards au niveau desquels l'épiderme se détache avec une facilité remarquable, laissant apparaître le derme à vif. Au niveau des lésions, la peau est absolument semblable à celle des fœtus macérés « in utero ». On pourrait également comparer ces lésions à des brûlures superficielles mais très étendues.

Aux lèvres, on constate des rhagades saignant facilement. L'examen général de l'enfant ne montre pas de grosse rate ni de gros foie. On panse au « Léniforme » et l'on fait passer la mère et l'enfant au service des contagieux (Dr Bonnemaïson).

Le 14, les lésions cutanées s'étendent, couvrant presque tout le corps ; au niveau de l'ombilic, l'épiderme se décolle également. La température est élevée, le pouls rapide.

Enfin, le 15, la température monte à 40°, l'enfant tombe dans une adynamie comateuse, et meurt. La réaction de Wassermann, pratiquée chez la mère, avait été négative.

A l'appui de notre opinion, concernant l'identification de la maladie de RITTER avec le Pemphigus malin, rappelons l'observation publiée récemment par le « *Carnet Médical* » de deux jumeaux univitellins, dont l'un était atteint de maladie de RITTER, et l'autre couvert de bulles du type Pemphigus pur. Or, on sait que, lorsqu'un jumeau univitellin est atteint à la naissance d'une affection quelconque, l'autre contracte inévitablement la même maladie.

D. — LA MALADIE DE LEINER-MOUSSOUS

On a voulu faire également de la maladie de LEINER-MOUSSOUS ou érythrodermie desquamative du nourrisson, une forme du Pemphigus épidémique. Cette maladie, décrite par MOUSSOUS en 1905 et plus complètement par LEINER en 1907, a été observée par eux uniquement sur des enfants au sein. Ce n'est pas une maladie précoce, car elle n'apparaît que chez le nourrisson de plus de trois semaines et sa période d'état correspond à la fin du second ou au début du troisième mois de la vie. Elle débute par un érythème fessier qui se généralise, qui ne laisse presque plus d'intervalles de peau saine et se complète d'un eczéma séborrhéique du cuir chevelu.

La tête, dit LEREBoullet dans une excellente description (1), « est recouverte d'une calotte de croutes jaunâtres sans ulcérations, les cheveux sont rares, faisant corps çà et là avec les squames. Toute la face est presque entièrement couverte de petites squames jaunes, avec légère inflammation sous-jacente. Les bords du nez, les narines, les parties voisines des joues sont indemnes, sauf dans les cas invétérés. »

« Le tronc est d'un rouge vif, et se couvre de squames d'abord blanc grisâtres, opaques, puis d'aspect bistré. Elles peuvent être aisément séparées de la peau enflammée qu'elles recouvrent. Les surfaces d'extension des membres sont plus atteintes que les surfaces de flexion. Les mains et les pieds sont rouges, mais seulement par

(1) P. LEREBoullet. *Concours médical*, 1932, p. 2035.

places. Les ongles sont également atteints et montrent des altérations diverses : sillons transverses et longitudinaux proéminents et dépressions irrégulières. Dans les plis de la peau et sur la face de flexion des membres, il n'y a pas de squames. A ce niveau la peau est d'une couleur rouge sombre et œdémateuse. Seulement, au fond des plis, on aperçoit un enduit blanc sale. »

L'enfant, même dans les cas favorables, perd du poids, et reste faible et amaigri pendant des mois ; cependant, l'évolution de cette maladie se termine plus rarement que la précédente par la mort, à la suite de troubles graves de la nutrition.

Bien qu'on ait voulu faire de la maladie de RITTER et de la maladie de LEINER-MOUSSOUS deux modalités d'une même infection, on doit reconnaître entre elles des différences assez importantes.

La maladie de RITTER frappe le nouveau-né, l'érythrodermie de LEINER, le nourrisson.

La maladie de RITTER est une dermatite bulleuse, donc humide, l'érythrodermie de LEINER est une dermatite « grasse ».

Au cours de cette dernière, enfin, on n'observe pas d'épidermolyse, mais seulement une abondante desquamation.

Contrairement d'ailleurs au fait précédemment rapporté, nous n'avons jamais observé de maladie de LEINER-MOUSSOUS dans les milieux où l'épidémie de Pemphigus régnait.

E. — LE PEMPHIGUS CONGÉNITAL

Le Pemphigus congénital est nié par de nombreux auteurs. Il est sans doute fréquemment confondu avec le Pemphigus syphilitique ; mais les cas rapportés par BAR et CATHALA sont en la faveur de son existence. Un cas plus récent rapporté par J. HALLE, à la Société de Pédiatrie de Paris, semble également très démonstratif (1).

En 1925, la mère de la malade, femme bien portante et vigoureuse d'aspect, accouchait après une grossesse normale d'un enfant se présentant avec les mains et les pieds « pelés » et qui mourut le sixième jour. Le second enfant, né un an plus tard, mourut vers 5 ans d'une maladie qui fut qualifiée de « Purpura hémorragique ». Après deux fausses couches, naquit enfin une fillette qui a des bulles depuis sa naissance ; elle était âgée de trois ans et demi au moment de la présentation.

(1) J. HALLE. Bulletin de la Société de Pédiatrie, 1934, 32, p. 419.

Tout traumatisme favorise la venue des bulles, dont certaines atteignent la taille d'un verre à ventouses. Un léger grattage, un frottement, une pression légère sont l'occasion de leur venue. La mère de l'enfant signale qu'elle ne pouvait mettre la petite assise sur un vase de nuit, sans que cette pression amène des bulles en cercle sur le siège de l'enfant.

Le Wassermann pratiqué par deux fois était négatif ; les recherches interféro-métriques accusaient une dysfonction de la parathyroïde, de l'ovaire et de la surrénale totale.

Le pemphigus épidémique congénital ne revêt pas toujours des formes graves. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce sujet, un peu plus loin, au chapitre de l'étude bactériologique du pemphigus.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Pratiquement, le diagnostic positif se fait dès que chez un enfant *bien portant* apparaissent des bulles cycliques, à contenu limpide, en nombre variable, avec plusieurs éclosions en quelques jours, sans qu'il y ait nécessairement de poussées successives véritables.

Ces bulles sont éminemment contagieuses, et, en quelques jours, de nombreux enfants sont atteints dans l'entourage, si l'on se trouve dans une maternité ou dans une crèche.

Toujours, dès l'apparition des bulles, un prélèvement bactériologique doit être fait avec toutes les précautions désirables.

Le diagnostic différentiel est surtout important dans les cas de pemphigus *syphilitique*, lequel est presque toujours congénital, palmo-plantaire, s'accompagnant de fissures, de rhagades buccales, anales, de plaques roséoliques, de gros foie, de grosse rate, en un mot des signes cliniques habituels d'une syphilis floride. Ici la contagion n'existe pas pour les enfants qui n'approchent pas directement le malade. Le danger existe évidemment pour le personnel qui s'en occupe à mains nues (contagion syphilitique).

Le diagnostic de *varicelle* est un diagnostic d'exception chez le nouveau-né avant vingt jours. Les bulles sont très petites dans ce cas : perles de rosée transparentes, et dans l'entourage, si ce n'est la mère qui déjà est atteinte, il y a épidémie de varicelle.

CHAPITRE IV

ÉTUDE BACTÉRIOLOGIQUE

Étiologie.

L'allure du pemphigus épidémique présente un caractère infectieux indubitable ; mais les discussions sont grandes quand il s'agit de préciser la nature du germe en cause.

VIDAL signale dans le liquide des bulles, inoculable et auto-inoculable, du staphylocoque et des diplocoques. Pour SABOURAUD, ces diplocoques seraient une forme spéciale du streptocoque. FOUQUET prétend y avoir trouvé à l'état de pureté du streptocoque. D'où l'opinion classique que la lésion est produite par le streptocoque, mais envahie rapidement par la suite par le staphylocoque.

BUSSON-KIRSCHBAUM pense qu'il s'agit non du streptocoque mais du pneumocoque.

A l'opposé, les recherches plus récentes concordent au moins sur un point : la présence constante du *staphylocoque doré*, typique et toujours cultivable.

CLEISZ signale la présence de ce staphylocoque doré, mais admet la présence d'un diplocoque Gram positif *mais qu'il n'a jamais cultivé*.

LUST de Bruxelles est catégorique (1) : « Dans la maladie bulleuse des nouveau-nés, j'ai eu à plusieurs reprises dans un ancien service, des épidémies meurtrières de pemphigus.

« A la suite d'une discussion avec le professeur de dermatologie, j'ai fait de très nombreux prélèvements qui tous ont montré des staphylocoques dorés. Celui-ci avait prétendu que la lésion était produite par un strepto, mais que la bulle était rapidement envahie par le staphylo. Avec de la patience, j'ai pu prélever le contenu des bulles à leur naissance et j'ai toujours trouvé uniquement des staphylos. »

(1) LUST in G. BLECHMANN. L'Hôpital, 1933, 21, p. 310.

COURTOIS et LECOQ sont non moins affirmatifs : « Dans tous les cas et dès le début, nous avons retrouvé, sans infection secondaire, le *staphylocoque doré*. Par contre, aussitôt que nous nous y prenions, nous n'avons jamais mis en évidence de streptocoque. Depuis près de deux ans, pas une seule exception n'est venue modifier l'opinion que nous avons acquise au cours des premiers mois.

Depuis, nous avons personnellement repris ce problème et procédé à des centaines de prélèvements, effectués bien entendu avec toutes les précautions d'asepsie désirables : lavage de la bulle à l'alcool et introduction d'une pipette Pasteur stérile et flambée. Nos cultures ont été systématiquement faites sur bouillon peptoné, sur bouillon MARTIN, sur bouillon gélosé et sur gélose à l'œuf.

Dans tous les cas, sans aucune exception, nous avons ainsi obtenu, à la culture, du staphylocoque doré ; l'examen des bouillons en goutte pendante nous permet d'être très affirmatif sur l'absence, même à titre de souillure, de chaînettes de streptocoques ou de pneumocoques.

Nous croyons en outre que les diplocoques signalés à l'examen direct ne sont autres que des éléments isolés de ce staphylocoque, ce qui n'a rien de surprenant d'ailleurs.

Les suppurations multiples à staphylocoques de la mère seraient en relation intime avec le pemphigus épidémique.

Dès lors, l'étiologie du pemphigus congénital s'éclaire. Il serait dû à la même cause que les pyodermites et tournoies précoces du nouveau-né, à savoir par infection du fœtus *in utero*, empruntant la voie trans-placentaire, et correspondant à une staphylococcémie latente de la mère (avec glycémie élevée, d'ordinaire). En effet, chez les femmes où l'on trouve du staphylocoque sur le col utérin ou dans les urines (accompagné souvent de pus) l'enfant a des bulles très développées dès la naissance.

Pour notre compte, nous avons remarqué plusieurs cas de Pemphigus congénital chez des enfants dont la mère avait fait une poussée de furonculose les derniers jours de la grossesse.

Pendant quelques mois, nous avons d'autre part effectué, d'une façon systématique, des prélèvements au niveau du col utérin chez toutes les femmes qui se trouvaient à terme. Or, à chaque fois qu'au laboratoire nous avons décelé du staphylocoque doré dans les prélèvements, les enfants présentèrent plus ou moins tôt, soit des bulles de pemphigus, soit encore des dermites ou autres affections à staphylocoques.

Nous avons été également frappé du fait que presque toutes les mères des enfants présentant des bulles de pemphigus faisaient au même moment une poussée de lymphangite du sein et même

des abcès nécessitant incision large et drainage. Nous avons aussi remarqué des panaris, orgelets, furoncles.

Toutes ces remarques sont, comme on le voit, en faveur du staphylocoque doré comme agent causal du pemphigus épidémique. Leur corrélation avec les manifestations polymorphes du streptocoque, susceptibles d'entraîner aussi bien l'apparition d'une scarlatine, d'un phlegmon de l'amygdale ou d'un érysipèle, bien mise en évidence par J. BERTRAND et R. LECOQ (1) apparaît comme indéniable.

Voici d'ailleurs quelques observations de nouveau-nés atteints de pemphigus et dont les mères ont présenté des affections à staphylocoques :

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Raymond-Georges Rich... est né le 13 Janvier, à 13 h. 50. Accouchement naturel à terme. Enfant vivant pesant 3 kg. 470. Délivrance naturelle complète, pesant 530 gr.

Le quatrième jour, apparition de bulles de pemphigus sur l'abdomen et dans les aines.

Un prélèvement est fait, dès l'apparition de ces bulles, et montre au microscope : cocci très nombreux, groupés en amas ; à la culture, staphylocoques dorés. Aucun autre élément microbien.

La maman, 31 ans, V^e pare, a toujours eu des accouchements normaux. Température à 37° au moment de l'accouchement. Or, le quatrième jour, au moment de l'apparition des bulles chez l'enfant, la malade souffre du sein droit ; la température monte et atteint le lendemain 40° : abcès du sein. Le bactériophage, les cataplasmes au collargol ne suffisent pas, et l'on est obligé d'inciser largement et drainer.

(1) J. BERTRAND et R. LECOQ. Bulletin de la Société de Thérapeutique, 1934, 39, page 173 ; et Revue de Pathologie comparée et Hygiène générale, 1934, 34, page 1251.

OBSERVATION II

Bernard-Jean Hour... est né le 7 Avril, à 20 h. 10. Accouchement naturel à terme, enfant vivant pesant 3 kg. 130. Délivrance naturelle complète pesant 500 gr. Trois jours après sa naissance, la température passe de 37° à 37°6, et apparaissent sur la face interne des cuisses et sur les fesses, quelques bulles de pemphigus. Ces bulles disparaissent définitivement le septième jour et l'enfant guérit.

Mais à ce moment, la mère, IV^e pare, âgée de 25 ans, souffre du sein droit. Grossé lymphangite avec élévation de la température à 39°. Cataplasmes au collargol, vaccin L.M.L. Guérison.

OBSERVATION III

Liliane-Simone Tang..., née le 2 Mars. Accouchement naturel à terme, fille vivante, pesant 3 kg. 090. Délivrance naturelle complète, pesant 550 gr.

Le huitième jour, la température s'élève : apparition de bulles de pemphigus sur les fesses, le dos ; les bulles prennent une certaine extension, envahissent la face postérieure du cou, les bras ; guérison après 10 jours.

La maman, 1^{re} pare, âgée de 17 ans, fait exactement huit jours après l'accouchement, une poussée de lymphangite du sein gauche avec élévation de température.

Guérison au bout de trois jours après traitement habituel.

OBSERVATION . IV

Gilbert-René Ves... est né le 5 Février. Accouchement naturel à terme. Garçon vivant pesant 2 kg. 980. Délivrance naturelle complète pesant 450 grammes.

Le 12^e jour, apparition de pemphigus sans élévation de température, sans signes généraux. On prélève la sérosité qui montre uniquement des staphylocoques à l'examen direct. Au bout de quatre jours, amélioration, mais poussée nouvelle de pemphigus plus grave 48 h. après. L'état s'aggrave avec chute de poids. Sérum de Quinton. Guérison 27 jours après la naissance.

La mère, âgée de 30 ans, III^e pare, a toujours eu des accouchements normaux. Température normale après l'accouchement, mais, le 12^e jour, température à 40°, abcès du sein. Vaccin L.M.L., cataplasmes, purgatif sont insuffisants. Incision large et drainage obligatoires.

OBSERVATION . V

Guy-Claude Joy... est né le 16 Février, à 22 h. 30. Accouchement à terme. Application de forceps Demlin au détroit supérieur puis de forceps Tarnier. Episiotomie bilatérale, délivrance artificielle. Placenta pesant 600 gr. Enfant né en état de mort apparente, ranimé au bout de 15 minutes. Trois jours après sa naissance, apparition de bulles de pemphigus sur le dos et le thorax ; température à 39°.

Dans les jours qui suivent, le nombre des bulles augmente ; apparition d'un gros furoncle sur le cuir chevelu ; trois autres furoncles succèdent au premier, également sur le cuir chevelu. Chute du poids vers le 3^e jour et augmentation de la température. Guérison au bout de 28 jours de traitement.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Le traitement pourra être prophylactique et curatif ; mais ici le traitement prophylactique l'emporte sur le traitement curatif qui se révèle trop souvent inefficace.

A. — TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

Il est classique de dire que dans un foyer d'épidémie il faut isoler les malades, éloigner les sujets sains, écarter par tous les moyens les causes de contagion : désinfection du linge et objets de toilette, soins minutieux des mains pour éviter ainsi toute possibilité de transmission du germe infectieux.

Malgré toutes ces conditions d'hygiène et d'isolement, il est exceptionnel qu'un cas de pemphigus reste isolé dans un service de nourrissons.

La vaccination préventive seule est de quelque effet.

Les belles recherches de COURTOIS et LECOQ qui devaient en fournir la preuve, méritent d'être rapportées ; nous en reproduisons donc ci-après les passages essentiels (1) :

« Dès 1930, écrivent ces auteurs, nous avons été frappés de l'extrême fréquence du pemphigus épidémique du nouveau-né dans la région parisienne et, plus spécialement, à l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

« L'examen attentif fait en Août-Septembre 1932 des nouveau-nés et des mamans de la Maternité de cet Hôpital nous permit alors de constater que le Pemphigus y était extrêmement fréquent et que, si on avait soin de noter les cas tardifs apparus à la quatrième semaine chez les enfants déjà sortis de l'Hôpital, la contamination atteignait 100 %.

(1) J. COURTOIS et R. LECOQ. Revue de Pathologie comparée et Hygiène générale, 1934, 34, p. 1602.

« Parallèlement, on rencontra chez les mères plusieurs cas de pemphigus tenace généralisé, une épidémie d'abcès du sein et des suppurations fréquentes chez les opérés.

« Alarmés de cette situation, nous avons décidé d'appliquer des mesures de désinfection rigoureuse et de rechercher systématiquement le ou les agents de contamination, afin de combattre celui-ci ou ceux-ci en toute connaissance de cause. La fermeture des salles de malades, puis de la salle d'accouchements fut ordonnée. Après une cessation temporaire, le pemphigus reprit comme auparavant, mais en commençant par l'élément étranger : polonais, tchécoslovaque. Puis, de nouveau, 100 % de pemphigus.

« Alors, nous avons décidé la fermeture de la Maternité du 20 Septembre au 1^{er} Octobre 1932. Pendant ce temps, désinfection répétée des salles, du matériel, des linges et des vêtements du personnel. Bains antiseptiques du personnel, examen des rhino-pharynx et des oreilles.

« Le 1^{er} Octobre, réouverture du service : filtrage soigneux des femmes, bains antiseptiques à l'entrée, isolement des suspectes, surveillance des visites. Et cependant, le pemphigus ne tarde pas à reparaitre, mais moins virulent, et ceci dès 24 heures après la naissance, toujours avec électivité pour les étrangers. On isole mères et enfants atteints ou suspects, lesquels sont dirigés sur le service des contagieux (D^r BONNEMAISON). Une infirmière spéciale est proposée aux enfants atteints de pemphigus et isolée des autres. Les précautions et désinfections sont multipliées. On note alors une amélioration notable, puisque cette fois les cas de pemphigus n'atteignent plus que 24 à 30 % des enfants, selon les salles.

« Cependant, l'un de nous (COURTOIS), ayant, sur les conseils du Professeur BRINDEAU, utilisé avec succès, à la clinique Tarnier en 1928, le vaccin antistaphylococcique, dans la *prévention* des abcès du sein, nous avons pensé que ce vaccin pourrait aussi bien agir dans la *prévention* du pemphigus de l'enfant.

« Les résultats ne furent pas ce que nous en attendions ; malgré l'augmentation progressive des doses injectées par voie sous-cutanée, ainsi qu'il est recommandé. Les cas de pemphigus se manifestant dans ces nouvelles conditions restaient encore, en effet, de 15 à 19 %.

« C'est alors que nous avons envisagé la prophylaxie du pemphigus épidémique à l'aide d'un vaccin approprié, préparé par nous à partir des diverses sources de staphylocoques dorés isolés jusque-là.

« Rappelons que le vaccin antistaphylococcique de l'Institut Pasteur, atténué par la chaleur, est titré à 6 milliards de staphylocoques par centimètre cube.

« Cinq vaccins différents furent constitués, que nous avons appe-

lés LC1, LC2, LC3, LC4, LC5, à base de staphylocoques atténués au formol.

« Les deux premiers LC1 et LC2 comportaient l'adjonction aux staphylocoques d'un cinquième de bacilles pyocyaniques, ceux-ci pouvant intervenir en lysant partiellement les staphylocoques (dans le LC1). Les résultats obtenus furent peu probants, surtout avec le LC2, les cas déclarés s'éageant entre 15 et 28 %. On n'observa pratiquement, chez les mères elles-mêmes vaccinées, aucune protection.

« Le vaccin LC3, à 5 milliards de staphylocoques atténués purs, en suspension dans le sérum physiologique, se montra, par contre, beaucoup plus actif et fit tomber la proportion des cas de Pemphigus, dans les salles où il fut appliqué, entre 5 et 9 %.

« L'augmentation du nombre de staphylocoques, porté à 10 milliards dans le vaccin LC4, n'a pas entraîné une amélioration correspondante, les enfants atteints étant alors compris entre 13 et 19 %.

« L'addition d'une faible proportion de bouillon de culture (1/10) pratiquée dans le LC5, lequel ne comportait que 5 milliards de staphylocoques dorés, a paru, au contraire, renforcer l'activité du vaccin, les cas de Pemphigus tombant alors de 0 à 4 %.

« Les quelques cas subsistants sont devenus très bénins, quelques rares bulles, ou une seule poussée éruptive, le plus souvent tardive, après quatre semaines.

« Le mode de vaccination qui nous a semblé le meilleur, est l'injection d'un demi-centimètre cube de notre vaccin LC5, par voie sous-cutanée, immédiatement à la naissance, sans qu'il soit nécessaire de répéter l'injection. Cependant des doses plus fortes, même répétées, ne sont suivies d'aucune réaction appréciable. On peut, si on le désire, injecter en même temps 1 à 2 cc. du même vaccin à la mère, mais cela ne nous paraît pas indispensable. Cette vaccination de l'enfant à la naissance est particulièrement efficace ; la contre-épreuve est d'ailleurs aisée à réaliser. Il suffit de cesser la vaccination pour que l'épidémie reparaisse plus ou moins rapidement. »

COURTOIS et LECOQ ont très justement noté que cette vaccination mettait ainsi les mères à l'abri de l'infection toujours possible par le nourrisson, cette infection pouvant revêtir, comme nous l'avons vu, des aspects très polymorphes.

Mais si, comme nous le signalons plus haut, la mère est elle-même la cause de ce pemphigus, il est bien certain que la vaccination du nouveau-né ne la protégera pas. C'est pour obvier à cet inconvénient que COURTOIS et LECOQ utilisent parallèlement une *pommade antivirale* dont ils font couvrir d'une couche légère les seins des mères suspectes, ou, depuis peu, de toutes les mères, puis-

que cette pommade ne présente aucun inconvénient pour celles-ci comme pour leurs enfants.

Cette pommade antivirüs est très simplement préparée en utilisant en parties égales des cultures de 12 jours de très nombreuses souches de staphylocoques pathogènes, constituées pour 1/3 de staphylocoques dorés de pemphigus, 1/3 de staphylocoques dorés d'abcès du sein et autres et 1/3 de staphylocoques blancs. Après filtration sur bougie, l'antivirüs ainsi préparé entre pour 2/3 dans la pommade dont 1/3 est constitué par du savon potassique de coco desséché et du stéarate d'ammoniaque, selon la formule générale, antérieurement donnée par LECOQ, LAMARE et LARGET (1).

B. — TRAITEMENT CURATIF

Ce traitement consiste essentiellement en mesures d'hygiène, en traitement local (ce dernier comportant des applications diverses) et traitement interne. La multiplicité des médicaments proposés n'est pas en faveur d'une grande efficacité.

Hygiène. — On proscrira de façon absolue les bains et pansements humides qui ne peuvent que faciliter l'extension des bulles par inoculation de voisinage.

La toilette du nourrisson s'effectuera au moyen de cotons humides ou de produits gras ; et pour le blanchissage des linges utilisés, on aura recours uniquement au savon de Marseille, sans eau de Javel, produit irritant.

Traitement local. — BLECHMANN conseille de crever, avec la pointe d'un vaccinostyle flambé, les bulles une fois par jour ou même encore de les réséquer. Tamponner légèrement la région infectée avec de l'ouate stérile imbibée de la solution de sulfate de zinc. Laisser sécher, puis badigeonner successivement toutes les lésions avec la solution :

Vert de méthyle.....	} aa 0,05 centigr.
Violet de Gentiane.....	
Alcool à 95.....	10 cc.

(1) R. LECOQ, J.-P. LAMARE et M. LARGET. C. R. Société Biologique, 1931, 106, page 437.

Laisser de nouveau sécher et appliquer la pâte :

Oxyde jaune d'hydrargyre..	0,15 puis 0,30 centigr.
Ichtyol	1 gr.
Talc	} aa 3 gr.
ZnO	
Vaseline neutre.....	10 gr.
Lanoline	2 gr.

en un tube.

Poudrer soigneusement avec talc plusieurs fois par jour.

D'autres préconisent un attouchement, tous les deux jours, avec une solution de nitrate d'argent au 1/20 ou au 1/50 et poudrent ensuite avec du talc ou de l'oxyde de zinc.

CATHALA et MEYER conseillent de badigeonner énergiquement les lésions au moyen d'une solution à 3 ou 5 % de nitrate d'argent, au cours d'une irradiation d'ultra-violets. La réduction presque instantanée du nitrate en accroîtrait considérablement l'activité antiseptique et topique. Chaque région subit une à quatre séances, selon l'importance des lésions bulleuses et selon l'épaisseur des téguments. La plupart des enfants guériraient ainsi en une huitaine de jours.

De son côté BROcq recommande l'emploi de liniment oléo-calcaire additionné d'acide borique.

Le sous-nitrate de bismuth pur aurait été employé par CLEISZ avec succès après excision et l'attouchement du plancher dermique à l'alcool iodé.

L'injection de bactériophage dans chaque bulle, que nous avons eu l'occasion d'utiliser chaque fois que la vaccination n'était pas appliquée, nous paraît justifiée. Il faut avoir soin dans ce cas de rejeter l'emploi de tout antiseptique tant sur les mains que sur la peau de l'enfant.

LAUNAY préconise d'appliquer un stock antiviral et DEVRAIGNE des pommades à l'antivirus. Il est préférable, croyons-nous, de ne les utiliser qu'en cas d'échec du bactériophage.

Le vaccin antistaphylococcique de l'Institut Pasteur paraît dénué de propriétés curatives nettes. C'est d'ailleurs *préventivement* que le vaccin justifie son emploi, spécialement celui que nous préconisons avec COURTOIS et LECOQ.

C. — TRAITEMENT INTERNE

L'ingestion d'étain semble peu efficace. L'administration de levure fraîche peut entraîner de la diarrhée. Les extraits de levure peuvent cependant être utilisés avec avantage si leur teneur en vitamines B est réelle.

Les arsénicaux pentavalents sont, pour SCHACHTER, une arme thérapeutique de première importance.

LECZINSKI recommande la quinine et l'urotropine : la première utilisée en ingestion à la dose de 0 gr. 30 trois fois par jour ; l'urotropine en solution à 40 % donnée par voie intraveineuse.

Les injections de cacodylate de fer, la trypanavine et l'aurothérapie ont également été préconisées.

HALLE pense que l'opothérapie peut également jouer un rôle utile.

Nous croyons que ce qui importe plus que tout, c'est de rejeter de l'alimentation de l'enfant tout ce qui peut surcharger son alimentation en sucre. S'en tenir par conséquent, chaque fois que ce sera possible, au lait de la mère ou de la nourrice et proscrire les laits hypersucrés commerciaux.

CONCLUSIONS

Le pemphigus épidémique est une maladie bulleuse du nouveau-né, d'une extrême contagiosité. Elle peut présenter des formes bénignes et des formes graves ; c'est à ces dernières que la maladie de RITTER peut être rattachée. La maladie de LEINER-MOUSSOUS, au contraire, s'en distingue nettement.

L'existence du pemphigus congénital ne peut être niée, mais cette forme reste rare.

C'est principalement avec le pemphigus syphilitique que le pemphigus épidémique peut être confondu.

Nous avons constaté, à nouveau, l'absence de streptocoques et, à l'opposé, la constance du staphylocoque doré dans les bulles du pemphigus épidémique.

Le pemphigus paraît d'ailleurs n'être qu'une des manifestations polymorphes du staphylocoque doré puisque de fréquentes relations apparaissent entre cette maladie de l'enfant et les abcès du sein ou les lymphangites de la mère.

Les méthodes hygiéniques et prophylactiques habituelles n'ont que peu d'action sur le développement des épidémies de pemphigus.

L'emploi d'un vaccin approprié dès la naissance de l'enfant est au contraire d'une remarquable efficacité. Cette action prophylactique est utilement complétée par l'emploi d'une pommade antiviral, appliquée en couche mince sur les seins de la mère, quand elle nourrit.

Les traitements chimiques ou vaccinothérapeutiques n'ont qu'une faible action curative ; il convient de leur préférer le bactériophage en injections dans les bulles et dans les muscles, et aussi d'éliminer du régime de l'enfant toute addition de sucre ou d'aliments pouvant donner du sucre dans l'organisme.

BIBLIOGRAPHIE

- P. BAR. — Pemphigus dit épidémique du nouveau-né. (Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, VII, 1904, p. 213.)
- G. BLECHMANN. — (L'Hôpital, 1932, 20, page 247.)
- BERTRAND et LECOQ. — (Bulletin de la Société de Thérapeutique, 1934, 39, p. 173.)
Revue de Pathologie comparée et Hygiène générale, 1934, 34, p. 1251.
- J. COURTOIS et R. LECOQ. — (Revue de Pathologie comparée et Hygiène générale, 1934, 34, p. 1602.)
- DAUBRESSE-MORELLE. — (Epidémie de pemphigus aigu chez des nouveau-nés : Société Belge de Dermatologie et de Syphiligraphie, séance du 12 Juin 1932.)
- CLEISZ. — Archives hospitalières, 1934, p. 54.
- COMBY. — Erythrodermie exfoliatrice généralisée. (Archives de Médecine des enfants. Paris, 1918, 394-424.)
- J. HALLE. — (Bulletin de la Société de Pédiatrie, 1934, 32, p. 419.)
- LECOQ, LAMARE, LARGET. — (C. R. Société Biologique, 1931, 106, p. 437.)
- LEREBoulLET. — (Concours médical, 1932, p. 2035.)
- LEREBoulLET et BRIZARD. — Sur un cas de maladie de RITTER. (Médecine infantile N° 1, Soc. de Pédiatrie, séance du 17 Novembre 1931.)
- LUST in BLECHMANN. — L'Hôpital, 1933, 21, p. 310.
- MARFAN. — Cliniques des maladies de la première enfance. (2^e série, Paris, 1928, page 430.)
- J. RHENTER. — La pratique de l'art des accouchements, publiée sous la direction de A. BRINDEAU. Paris, 1928, 5, page 449.
- SCHACHTER. — Science médicale pratique, 1933, N° 11, p. 454.
- Mme VINCENT-KANEL. — Thèse, Paris, 1928. Contributions à l'étude du pemphigus épidémique du nouveau-né. Son traitement actuel.

Vu, le Président de thèse,
BRINDEAU.

Vu, le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

